

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938

THÈSE

N°

732

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

François PÉRIER

De la Faculté de Médecine de Paris
Ancien Interne des Hôpitaux du Havre
Né le 25 Juillet 1911, au Havre (Seine-Inf.)

A PROPOS DES COMPLICATIONS
DU DIVERTICULE DE MECKEL
LA HERNIE DE LITTRE EN PARTICULIER

Président : PIERRE DUVAL, *Professeur*

PARIS
LIBRAIRIE E. LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD ST-GERMAIN, 91

1938

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1938

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

François PÉRIER

De la Faculté de Médecine de Paris
Ancien Interne des Hôpitaux du Havre
Né le 25 juillet 1911, au Havre (Seine-Inf.)

A PROPOS DES COMPLICATIONS

DU DIVERTICULE DE MECKEL

LA HERNIE DE LITRE EN PARTICULIER

Président : PIERRE DUVAL, Professeur

PARIS

LIBRAIRIE E. LE FRANÇOIS

91, BOULEVARD ST-GERMAIN, 91

1938

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIERE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	POLONOVSKI.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générale.....	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	ABRAMI.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	LEROUX.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	CHIRAY.
	LOEPER.
Clinique médicale	CARNOT
	CLERC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique.....	MARION.
	COUVELAIRE.
Clinique d'accouchements	JEANNIN.
	LÉVY-SOLAL.
Clinique gynécologique	MOCQUOT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	M. VILLARET.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
Clinique cardiologie	LAUBRY.
Clinique d'Assistance Médico-sociale	CROUZON.
	HOVELACQUE.
Professeurs sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

AMELINE	Pathologie chirurgicale.
BARIÉTY	Pathologie médicale.
BÉNARD (Henri) .	Pathologie médicale.
BERNARD Étienne	Pathologie médicale.
BESANÇON (J.) ..	Hydrologie.
BOULIN	Pathologie médicale.
BULLIARD.....	Histologie.
CATHALA	Pathologie médicale.
CHEVALLIER ...	Pathologie médicale.
COSTE	Pathologie médicale.
DOGNON.....	Physique.
FEY	Urologie.
FUNCK	Pathologie chirurgicale.
GALLIARD.....	Parasitologie.
GASTINEL	Bactériologie.
DE GAUDART D'ALLAINES.	Pathologie chirurgicale.
GAYET.	Physiologie.
DE GENNES	Pathologie médicale.
GIROUD	Histologie.
HAGUENAU	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.
HAZARD	Pharmacologie.
HUGUENIN	Anatomie pathologique
JOANNON	Hygiène.

MM.

LACOMME	Obstétrique.
LANTUÉJOUL ...	Obstétrique.
LAROCHE (Guy) .	Pathologie médicale.
LAVIER	Parasitologie.
LELONG	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathologie expérimentale
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
M ^{me} J. LÉVY	Pharmacologie.
LÉVY-VALENSI .	Neurologie et Psychiatrie
MÉNÉGAUX	Pathologie chirurgicale.
MOLLARET	Pathologie médicale.
MOREAU	Pathologie médicale.
MOULONGUET ..	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
PETIT-DUTAILLIS	Pathologie chirurgicale.
PIÉDELIÈVRE ..	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
RENARD	Ophthalmologie.
RICHET	Physiologie.
SANNIÉ.....	Chimie biologique.
SÉNÈQUE.....	Pathologie chirurgicale.
TROISIER	Pathologie expérimentale
TURPIN	Pathologie médicale.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILEY-BERT.	Physiologie.
GUÉNIOT.....	Obstétrique.
HEITZ-BOYER..	Pathologie chirurgicale.

MM.

LARDENNOIS...	Pathologie chirurgicale.
LE LORIER	Obstétrique.
SCHWARTZ	Pathologie chirurgicale.
VAUDESCAL....	Obstétrique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

MM.		MM.	
ALAJOUANINE ..	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgicale.
AUBERTIN		BROCQ.....	
BRULÉ		CADENAT.....	
CHABROL.....		GATELLIER	
DONZELOT		MOURE	
DUVOIR		QUENU	
LIAN		VELTER	
PASTEUR - VALLERY - RADOT			
SÉZARY			
MM.			
ECALLE	} Clinique obstétricale.		
METZGER			

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Éducation physique
LEDOUX-LEBARD	Radiologie clinique.
RUPPE	Stomatologie.
WEIL-HALLÉ	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MA FEMME

A MON FILS

A MES FRÈRES

A LA MÉMOIRE DE MA SŒUR

A LA MÉMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A LA MÉMOIRE DU DOCTEUR PIASECKI
MON GRAND-PÈRE

Chevalier de la Légion d'honneur

Décédé, victime de son dévouement.

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MES CAMARADES D'INTERNAT

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS

A NOTRE PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PIERRE DUVAL

Professeur de clinique thérapeutique chirurgicale
Chirurgien des Hôpitaux
Commandeur de la Légion d'Honneur

*Hommage de reconnaissance
pour le grand honneur qu'il nous
a fait en acceptant la présidence
de cette thèse.*

A MON JURY DE THÈSE

A MONSIEUR LE DOCTEUR J. GAUCHET

Chirurgien des Hôpitaux du Havre

*Qui m'a inspiré et guidé dans
l'élaboration de ce travail, en té-
moignage de ma reconnaissance.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX
DE PARIS

MONSIEUR LE PROFESSEUR OMBRÉDANNE.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ TROISIER.

MONSIEUR LE DOCTEUR PAGNIEZ.

MONSIEUR LE DOCTEUR CADENAT.

MONSIEUR LE DOCTEUR COURCOUX.

MONSIEUR LE DOCTEUR TIXIER.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ SEZARY.

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ VIGNES.

MONSIEUR LE PROFESSEUR LEMIERRE.

MONSIEUR LE PROFESSEUR GUILLAIN.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX
DU HAVRE

MONSIEUR LE DOCTEUR PORCHERON.

MONSIEUR LE DOCTEUR OUVRY.

MONSIEUR LE DOCTEUR LE NOUENE.

MONSIEUR LE DOCTEUR POSTEL (*in memoriam*).

MONSIEUR LE DOCTEUR TESTARD.

MONSIEUR LE DOCTEUR THOREL.

MONSIEUR LE DOCTEUR GAMBILLARD.

MONSIEUR LE DOCTEUR VINZENT.

MONSIEUR LE DOCTEUR POTÉ.

INTRODUCTION

La pathologie du Diverticule de Meckel a pris un développement important que confirment les nombreuses études et communications faites sur les Diverticulites, les ulcères peptiques, les occlusions. Par contre la Hernie du Diverticule de Meckel ou Hernie de Littre reste une question rare. Aussi à l'occasion d'un cas dont nous avons fait l'observation, nous a-t-il paru intéressant de faire une revue de la question actuelle du Diverticule de Meckel, pour nous étendre plus longuement sur la Hernie de Littre, devant l'éventualité de laquelle un chirurgien ne doit pas rester surpris, car elle soulève au point de vue clinique et thérapeutique plusieurs détails d'un intérêt important.

CHAPITRE I

RAPPEL D'EMBRYOLOGIE ET D'ANATOMIE DU DIVERTICULE DE MECKEL

Nous ne nous placerons ici qu'au point de vue chirurgical. Le Diverticule de Meckel est un résidu du canal omphalo-mésentérique, qui relie la vésicule ombilicale à une anse intestinale de l'embryon, c'est l'anse vitelline, qui fait une saillie considérable hors de l'abdomen. La vésicule ombilicale s'atrophiant et se trouvant rejetée vers la périphérie du placenta, l'anse vitelline réintègre l'abdomen vers le troisième mois par suite de la constitution de la paroi abdominale et de l'ombilic : cette évolution de l'intestin produirait une élongation du canal omphalo-mésentérique et sa rupture, ce fragment résiduel doit s'atrophier ensuite : ces faits sont démontrés d'après RUGE et TOURNEUX par la persistance dans le cordon et l'inclusion, dans la cicatrice ombilicale, de débris épithéliaux, résidus du canal vitellin. La partie juxta intestinale du canal omphalo-mésentérique est entraînée à l'intérieur de l'abdomen ; normalement elle doit disparaître, sinon elle laisse le Diver-

ticule de Meckel : une observation de Hernie funiculaire du Diverticule de Meckel (HUMBERT) illustre très bien cette conception.

FORGUE et RICHE, dans leur important travail, ont classé les anomalies d'involution du canal omphalo-mésentérique sous deux chefs principaux : anomalies par défaut de régression et anomalies par excès de régression.

Involution incomplète. — Il peut y avoir : 1) persistance des connexions entre l'intestin et l'ombilic : l'on a alors un diverticule ouvert (fistule ombilicale) ou fixé à la face profonde de l'ombilic ;

2) Persistance des vaisseaux omphalo-mésentériques seuls : cas exceptionnel.

3) Diverticule libre ou secondairement fixé, c'est le Diverticule de Meckel proprement dit : le canal vitellin a perdu toute attache à l'ombilic, mais il peut être fixé aux viscères ou à un autre point de la paroi abdominale.

4) Entérokystomes : persistance très modifiée de la portion juxta-intestinale du canal vitellin.

5) Kystes de l'ombilic (intra-pariétaux) : persistance de la portion ombilicale.

6) Tumeurs ombilicales résiduelles.

Involution excessive. — Normalement l'oblitération du canal omphalo-mésentérique s'arrête à l'iléon, mais elle peut excéder ses limites et donner lieu à un sillon peu profond sur l'intestin, mais suffi-

sant pour provoquer une sténose de celui-ci, cause ultérieure d'occlusion intestinale.

De toutes ces anomalies d'involution, le diverticule de Meckel est le plus fréquent : **FORGUE** et **RICHE** dans leur statistique générale, sur 650 cas en relatent 400 cas ; d'après eux on trouverait 1 diverticule de Meckel pour 70 sujets et il serait plus fréquent chez l'homme que chez la femme.

Toutefois **DELANNOY** dans sa thèse inaugurale n'a trouvé que 1 diverticule pour 190 cadavres.

Il faut bien le différencier des faux diverticules dont le siège et la structure facilitent le diagnostic. En effet le Diverticule de Meckel siège sur la portion terminale de l'iléon : il est unique, c'est l'appendice du grêle (**ROBYN**). Il se trouve à une distance du caecum, qui varie de quelques centimètres à un mètre : citons comme chiffres extrêmes 2 centimètres (**PERRIGNON** de **TROYES** et du **BOURGUET**) et 3 mètres (**ROLLESTON**) ; la distance moyenne est 70 centimètres. Il s'implante habituellement sur la convexité de l'anse iléale, le plus souvent à angle droit. Certains auteurs ont signalé des méso-diverticules.

La longueur du diverticule de Meckel varie de 5 à 10 centimètres ; son calibre généralement étroit, peut égaler celui de l'intestin ; parfois il a une implantation large, parfois il se rattache par un collet. D'où des formes diverses : sacciforme, conique, boudin.

Il se présente de différentes manières : Tantôt il est absolument libre et flottant dans la cavité abdo-

minale ; il occupe alors des positions diverses, presque toujours dans le cadran inférieur droit de l'abdomen, plus ou moins près de la fosse iliaque ; tantôt il est fixé par son extrémité directement à l'ombilic (fistule entéro-ombilicale diverticulaire), tantôt indirectement par un cordon fibreux ; dans d'autres cas il est rattaché au mésentère, aux viscères, parfois aux ovaires et aux trompes (WALTHER) ou à l'appendice (DUVAL, BROWN).

Dans ces cas, la fixation a lieu par adhérence d'origine inflammatoire (diverticulites).

Au point de vue histologique, la structure du Diverticule de Meckel est très variable comme celle de tout rudiment embryonnaire : il est particulièrement fréquent de constater des plages de muqueuse à type gastrique (ce qui explique l'existence d'ulcères peptiques) ou même les îlots pancréatiques accessoires. HUBSCHMANN cite un cas où le Diverticule de Meckel était revêtu en entier de muqueuse gastrique, c'est ce qui fait qu'on lui a donné le surnom de « estomac en miniature » (GUIBAL). Il ne semble pas que cette structure histologique soit constante : celle du diverticule de PERRIGNON de TROYES et du BOURGUET se rapprochait beaucoup plus de celle du gros intestin.

Les faux diverticules n'ont aucun de ces caractères : ce sont des évaginations de la muqueuse intestinale à travers la musculieuse (hernies tuniquaires de Cruveilhier) ; ils ont un siège essentiellement variable, de préférence le gros intestin ; ils sont multiples,

souvent implantés sur le bord mésentérique de l'intestin. Ils ne dépassent guère 2 centimètres de largeur et présentent une paroi composée de 2 couches : muqueuse et séreuse, sans couche musculaire.

CHAPITRE II

COMPLICATIONS DU DIVERTICULE DE MECKEL

Nous n'envisagerons ici que les complications du Diverticule de Meckel proprement dit : nous abandonnerons donc les Kystes de l'ombilic d'origine diverticulaire, les tumeurs adénoïdes diverticulaires (entérotératomes de Kolaczek), les tumeurs malignes ombilicales, les diverticules ouverts (fistules ombilicales stercorales). Nous ferons une revue des diverticulites, ainsi que des accidents qu'elles entraînent, des occlusions, des ulcères peptiques du Diverticule de Meckel, pour étudier ensuite en détail les Hernies du Littre.

La Diverticulite

La Diverticulite présente une analogie étonnante avec l'appendicite qu'elle copie non seulement en elle-même, mais aussi dans ses complications. C'est une question très importante car elle peut être le point de départ d'un accident secondaire : occlusion hernie étranglée.

La diverticulite évolue comme l'appendicite, c'est ce qui explique les difficultés de son diagnostic : autant d'observations, autant d'erreur de diagnostic (BLANC). PICQUE et GUILLEMOT en 1897 furent les premiers à signaler une suppuration du Diverticule de Meckel, simulant une appendicite ; depuis les observations abondent, mais il ne faut pas les confondre avec celles des diverticulites banales et des diverticuloses du tube digestif. Le Diverticule étant un organe d'exception, la diverticulite n'est donc pas fréquente par rapport à l'appendicite, mais elle serait plus grave : FORGUE et RICHE sur 50 cas ont compté 21 guérisons, 24 morts, 5 résultats non connus.

Le diverticule libre en station basse est beaucoup plus souvent atteint ; le traumatisme quelquefois, plus souvent les corps étrangers (arêtes de poissons, noyaux), les parasites intestinaux, les troubles circulatoires sont au point initial des diverticulites : il s'agit en général d'infection... d'origine intestinale, à l'occasion de la stase des matières fécales au niveau du Diverticule de Meckel.

Au point de vue anatomie pathologique, dans les observations où nous avons relevé des examens microscopiques, l'examen décèle des infiltrations leucocytaires, à type polynucléaires ; « folliculite, péri-folliculite, lymphangite sont les trois anneaux de la chaîne anatomo-pathologique » (MACAIGNE et BLANC) ; il peut y avoir péridiverticulite, facteur d'adhérences aux anses intestinales voisines ou au

méso, c'est ce qui transforme le Diverticule de Meckel libre en une véritable bride, facteur d'occlusions.

Du côté symptomatologie, douleur et contracture pariétale forment le fond du tableau clinique : à côté de ces signes apparaissent les vomissements et l'arrêt des matières et des gaz, qui peut ne pas être absolu.

On a décrit des formes diverses : diverticulites catarrhales banales, diverticulites avec péritonite enkystée, qui, soit évoluera vers la résolution, soit aboutira à la paroi, à la vessie (LE GAC, BEACH), laissant une fistule stercorale ; la plupart du temps le diverticule se perfore ou se sphacèle donnant des péritonites généralisées purulentes ou putrides. On a signalé également des perforations typhiques (BONNET, DELANGLADE) et tuberculeuses (ANTONELLI, DIXON).

CHAPITRE III

L'OCCLUSION INTESTINALE PAR DIVERTICULE DE MECKEL

C'est la complication la plus fréquente, les observations abondent : FORGUE et RICHE en ont réunies 300 ; LECÈNE et LERICHE examinant 140 de ces cas n'ont trouvé que 54 guérisons, c'est dire tout de suite la gravité de cette affection : l'iléus diverticulaire a, parmi les occlusions, le pronostic le plus sombre.

L'étiologie de l'occlusion Meckelienne est assez diverse : les causes occasionnelles sont beaucoup moins importantes que la position et la forme du Diverticule : lorsque celui-ci est libre et normal, il semble peu dangereux, il en est autrement lorsqu'il est fixé congénitalement ou par suite de diverticulite : c'est alors une véritable bride qui menace l'intestin ; d'autre part il faut noter qu'un diverticule à implantation large prédispose à l'invagination, celui qui est étroit, sacciforme, au volvulus.

HILGENRÉINER distingue dix variétés : 1^o étranglement par diverticule fixé ; 2^o nœuds diverticu-

lares du Diverticule de Meckel libre ; 3^o compression de l'intestin ; 4^o sténose de l'intestin ; 5^o torsion de l'intestin ; 6^o coudure par traction ; 7^o invagination à travers le diverticule ouvert à l'ombilic ; 9^o occlusion d'origine inflammatoire ; 10^o étranglements divers par le Diverticule de Meckel lui-même.

PEYROT a groupé ces complications en 4 sortes : par vices de position, par compression, par obstruction, par rétrécissement.

VEAU de son côté distingue : 1^o les occlusions mécaniques vraies par diverticule sain se comportant comme une bride ; 2^o des occlusions par Diverticule de Meckel malade, c'est la diverticulite aiguë ou chronique provoquant des coudures de l'intestin ; 3^o des pseudocclusions paralytiques par péritonites diverticulaires. Cette classification nous semble préférable car elle est plus pathogénique : l'occlusion peut être mécanique ou inflammatoire.

Nous ajouterons que la forme du Diverticule de Meckel influe sur le mode d'occlusion : ainsi l'invagination a plus souvent pour point de départ un diverticule largement inséré, qui, béant dans l'intestin, se trouvera aspiré par les contractions intestinales et se retournera en doigt de gant pour constituer une tête d'invagination (observation de SALMON-ARTAUD). Par contre le diverticule filiforme s'accompagne très fréquemment d'un sillon sur l'intestin : c'est au niveau de cette sténose que se produira l'invagination entraînant secondairement le Diverticule de

Meckel. Le premier mécanisme invoqué est de beaucoup le plus fréquent : il se compose toujours de trois temps : invagination du diverticule seul, invagination iléale, invagination iléo-caecale et iléo-colique ; NÉDELEC cite une invagination de 1 m. 40 avec en tête un diverticule de 18 centimètres. WIENECKE de son côté sur 44 observations en cite 39 avec invagination concomitante du grêle.

Symptomatologie. — L'occlusion du Diverticule de Meckel est surtout une maladie d'enfant ou d'adulte jeune. Les signes varient peu suivant qu'il s'agit d'une invagination, d'un volvulus ou d'une bride. Par l'interrogatoire on pourrait retrouver dans certains cas des crises douloureuses, accompagnées de phénomènes de pseudocclusions, nausées, vomissements, arrêt incomplet des matières et des gaz, qui pour certains témoignent de la diverticulite et qui pour d'autres ne sont que des crises de pseudocclusions, qui guérissent spontanément. La connaissance de ces faits est insuffisante pour entraîner un diagnostic ferme : nombre de ces malades n'ont jamais eu de douleurs abdominales et réciproquement ces douleurs peuvent exister dans d'autres formes d'occlusions ; un seul signe, malheureusement très rare, aurait de la valeur pour le diagnostic : c'est l'existence dans les premières années de la vie d'une fistule ombilicale ou d'un adénome de la région ombilicale, traduisant l'existence du Diverticule.

L'étude clinique de l'occlusion par Diverticule de Meckel diffère très peu des occlusions banales : la douleur siège dans la région péri-ombilicale le plus souvent ou dans la fosse iliaque droite : elle est brusque, violente, transfixiante ; les vomissements sont précoces, abondants, rapidement fécaloïdes ; d'autre part dans les premières heures, il peut y avoir expulsion d'une selle plus ou moins copieuse, assez souvent diarrhéique. Les signes physiques sont ceux de toute occlusion aiguë : l'examen de l'abdomen montre généralement un météorisme qui est parfois pendant quelques heures localisé à la région ombilicale (signe de Von WAHL). Cette même zone serait très douloureuse quand le diverticule est fixé à l'ombilic : on pourrait même produire une dépression par pression large sur la région sous-ombilicale. Rarement la palpation révèle une tumeur qui peut être formée par un paquet d'anses grêles incarcérées. Dans les cas où l'occlusion diverticulaire se produit par invagination, on observe habituellement les signes particuliers de celle-ci, à savoir les selles muco-sanglantes et la tumeur abdominale en boudin.

Nous terminerons en rappelant l'évolution rapide et fatale de l'occlusion par le Diverticule de Meckel ; la statistique de BOYER l'illustre bien sur 21 cas 13 morts.

CHAPITRE IV

L'ULCÈRE PEPTIQUE DU DIVERTICULE DE MECKEL

L'ulcère peptique du Diverticule de Meckel est une question à l'ordre du jour : c'est en effet une acquisition toute récente de la thérapeutique chirurgicale ; FERGUE et RICHE en 1907 n'en font aucune mention.

Le premier cas complètement étudié est celui de HÜBSCHMANN (1913) : c'était l'histoire d'une petit garçon de 4 ans dont les hémorragies intestinales duraient depuis un mois ; puis survînt une péritonite diffuse. A l'intervention, on trouva un diverticule perforé, que l'examen histologique révéla revêtu en entier d'une muqueuse gastrique : l'ulcération siégeait à la marge de celle-ci.

Les observations et les études se multiplièrent ensuite progressivement : nous pouvons citer les noms de DUNANT, GUIBAL, HUMBERT, SÉNÈQUE, STULZ et WORINGER ; MONDOR et LAMY en 1933 rassemblaient une centaine de cas.

L'ulcère du Diverticule de Meckel a tous les carac-

tères d'un ulcère gastro-duodénal et même de l'ulcère peptique après entérostomie ; il est térébrant et peut se créer une niche dans les tissus avoisinants.

Le gros point dans l'ulcère du Diverticule de Meckel, c'est la notion d'ulcère peptique ; elle a été confirmée par l'histologie : comme le dit LECÈNE « les ulcères diverticulaires siègent constamment au niveau d'un point de la paroi du diverticule, où la muqueuse intestinale du grêle est continuée brusquement par une muqueuse gastrique ». De là cette hypothèse que c'est l'activité peptique de cet îlot de muqueuse gastrique qui provoque l'auto-digestion de la muqueuse intestinale et son ulcération.

Il s'agit presque toujours d'un enfant, un garçon dans la plupart des cas : sur 33 cas 28 fois ce sont des garçons, 29 fois les malades avaient moins de 20 ans (10 nourrissons), 4 fois c'étaient des adultes (MONDOR). Il ne faut pas oublier d'ailleurs que beaucoup d'observations manquent, car des ulcères perforés ont dû être pris bien souvent pour des diverticulites perforées.

Symptomatologie. — La douleur en dehors de la perforation n'a rien de caractéristique : les crises douloureuses signalées dans certaines observations varient entre elles.

Le symptôme initial et en même temps la complication la plus fréquente est l'hémorragie intestinale abondante : ce signe fait très rarement défaut.

L'enfant se met à saigner en pleine santé : il émet plusieurs fois par jour des selles composées de sang noirâtre ou rouge, altéré par la digestion : c'est un vrai mélœna. La quantité de sang peut varier de 10 à plusieurs centaines de centimètres cubes par jour. Cette hémorragie a tendance à la répétition ; elle peut durer plusieurs jours et même plusieurs semaines, créant ainsi une anémie profonde, parfois mortelle. Elle manque très rarement ; retrouvée dans les antécédents éloignés ou immédiats de l'enfant, atteint tout à coup de péritonite par perforation, elle doit désormais faire naître dans l'esprit du chirurgien l'idée du Diverticule de Meckel ulcéré et perforé (MONDOR). Notons que les adultes y sont autant exposés.

Après l'hémorragie, la perforation est la complication la plus fréquente, elle a lieu en péritoine libre ou dans les tissus avoisinants, avec formation d'adhérences et d'abcès enkystés ; elle peut se produire en période d'hémorragies ou jusqu'à plusieurs mois après celle-ci. Lorsque la perforation éclate, on a les symptômes classiques : douleur en coup de poignard, vomissement, tachycardie, dyspnée phrénique, contracture, hyperesthésie, immobilité de la paroi ; seul le siège maximum de la douleur profonde pourrait guider le diagnostic : il se trouve sur la ligne médiane ou près de celle-ci entre l'ombilic et le pubis.

Le diagnostic se pose à la période d'hémorragies et à celle de la perforation. A la période d'hémorra-

gies il faut éliminer la tuberculose ulcéro-caséeuse, le polype du gros intestin, la dysenterie, l'entérite, le purpura, l'ulcère duodénal et surtout l'invagination intestinale, mais dans ce cas le sang est mêlé à du mucus.

A la période des accidents péritonéaux, l'erreur de diagnostic ordinaire est l'appendicite.

Au point de vue thérapeutique chirurgicale, il faut conclure que l'on ne doit jamais au cours d'une laparotomie exploratrice, refermer sans avoir recherché et examiné le Diverticule de Meckel ; d'autre part quand un enfant présente des hémorragies intestinales non expliquées, la laparotomie complètera utilement l'enquête clinique et évitera ainsi des complications dramatiques.

CHAPITRE V

LA HERNIE DU DIVERTICULE DE MECKEL OU HERNIE DE LITRE

Historique

Observée pour la première fois par LITRE en 1700, la Hernie du Diverticule de Meckel parmi les complications de celui-ci est toujours restée un cas rare : PETEL en 1920 sur 600 cas d'affections diverticulaires ne donne que 52 cas de hernies.

Le nombre des observations publiées a été très irrégulier : nous pouvons citer celles de TÉDENAT (1885), BLAND SUTTON (1896), BARBARIN (1899), BLANC (1899) GRANDJEAN (1901), EKEHORN, PAYR (1901), Van KARAJAN (1901), WEBSTER (1902), MIGNON (1903), MICHEL (1905), BRIN, AUVRAY (1905).

FORGUE et RICHE en 1907 rassemblent 39 cas ; PABST en 1910 arrive à 123 cas. Les observations se font plus rares ensuite : nous trouvons celles de REVERCHON (1913), WEILL (1914), Mac GLANNAN (1922), LITTLER (1924), DEJOUANY (1929), CON-

NIOT et MORICE (1931). Depuis 1932 nous avons relevé les cas de FOLLIASSON, LIND, MASON ; SALMON et DOR, SAPIENZA, MINNE et DEBURGE, MEYER-MAY, BETTINELLI, BRUNETTI, DIMITRIU, FANTL, HEELEY, PERRIGNON de TROYES et du BOURGUET, GEISTHOVEL ; soit depuis 1929 16 observations, 17 avec notre cas.

Nous allons exposer à présent plusieurs de celles-ci.

OBSERVATION DE LITTLER

Une femme de 52 ans entre pour hernie crurale droite étranglée, du volume d'une mandarine. Les accidents aigus datent de la veille : la hernie préexistante a augmenté de volume, est devenue douloureuse et la malade s'est mise à vomir.

A l'intervention, le sac herniaire contient une petite quantité de liquide noirâtre et l'on découvre une masse noire allongée, de volume anormal, ayant une direction presque verticale et rappelant comme volume et aspect, le petit doigt légèrement incurvé. Comme on ne trouve pas de mésentère, on suppose qu'il s'agit d'un diverticule de Meckel. Débridant large, en haut de la paroi, on constate qu'une anse grêle traverse l'anneau crural où elle est fortement fixée ; elle présente une zone noirâtre s'étendant à 3 centimètres autour de la base du diverticule. On pratique une résection de la zone étranglée suivie d'entéro-anastomose latéro-latérale, puis on fait une cure radicale de la hernie.

Guérison après légère suppuration.

OBSERVATION DE SALMON ET DOR

Hernie crurale droite étranglée chez une femme de 66 ans : le sac contient un diverticule de Meckel présentant déjà quelques plages de sphacèle : sa base est très large. On le ferme temporairement par un sujet perforant. Section au thermocautère, puis enfouissement par 2 surjets séro-séreux.

Guérison.

OBSERVATION DE J. MEYER MAY

Il s'agit d'un malade dans les antécédents duquel on relève, outre des hémorragies intestinales (2 à 3 par an) un étranglement herniaire inguinal non opéré et terminé heureusement par une fistule stercorale, survenue après application de topiques cutanés très violents.

Six mois après le malade est admis avec des signes de péritonite généralisée.

A l'ouverture de l'abdomen, pus très abondant : la dernière anse intestinale adhérente à l'orifice herniaire est sphacélique et porte un diverticule de Meckel nécrosé. Au pourtour de l'implantation de ce diverticule sur l'anse, existe une ulcération grande comme une pièce de 0 fr. 50. L'anse est extériorisée, l'abdomen est fermé sans drainage. Le diverticule et sa zone d'implantation sont immédiatement réséqués : l'anse réintègre l'abdomen en six semaines tandis que la fistule stercorale se ferme.

A l'examen histologique du Diverticule et de sa perforation, l'état nécrobiotique est si avancé qu'il est impossible de retrouver un îlot de muqueuse gastrique si tant est qu'il ait existé avant le sphacèle.

OBSERVATION DE GEISTHOVEL

Chez un homme de 32 ans qui avait été opéré de gastrectomie pour ulcus duodénal deux ans auparavant, une crise douloureuse inguinale droite fut prise pour une hernie étranglée.

En réalité il s'agissait d'une diverticulite herniaire : le Diverticule de Meckel, de 5 centimètres de longueur est thrombosé, de même que la partie adjacente de l'anse iléale.

Il fut nécessaire de pratiquer une résection intestinale de 12 centimètres suivie d'anastomose latéro-latérale.

Guérison.

OBSERVATION DE PERRIGNON DE TROYES ET DU BOURGUET

L'indigène tunisien Messaoud Ben Mohamed, âgé de soixante huit ans nous est adressé le 25 janvier 1937 pour hernie inguinale droite étranglée. C'est un homme, porteur en effet d'une tuméfaction inguino-abdominale droite, rénitente, tendue, douloureuse à la palpation et à la pression, elle est irréductible. C'est une hernie que le malade réduisait habituellement seul. Depuis cinq jours il n'a pu la réduire et elle est devenue douloureuse. La température n'est pas élevée (37°2 rectale), le pouls bat normalement (70). Le malade n'a présenté à aucun moment de vomissements, ni d'arrêt des matières et des gaz.

Nous pensons qu'il doit s'agir d'une épiplocèle tordue et étranglée ou d'un pincement latéral de l'intestin ; en raison du pouls et de la température constatée et du début datant de cinq jours, nous croyons devoir éliminer le diagnostic d'appendicite herniaire.

Intervention. — Le même jour rachianesthésie. Incision sur la tumeur, parallèle au trajet du cordon ; après l'incision du grand oblique on tombe sur une tuméfaction bien limitée conservant les caractères cliniques déjà constatés, elle paraît nettement étranglée au niveau de ce qui semble être l'orifice profond du canal inguinal. Il est impossible pour le moment de débrider cet orifice.

Comme il paraît s'agir d'un sac de hernie à contenu en partie liquide, on incise prudemment cette tuméfaction, il en sort un liquide jaune citrin, sans odeur ; on ouvre largement la poche et l'on aperçoit à la partie supérieure du sac une tumeur d'un rouge vineux de la taille d'un œuf de poule et bloquant l'orifice profond du trajet. On la saisit, on la mobilise avec prudence et on attire du côté interne une anse grêle à laquelle la tumeur est fixée latéralement ; du côté externe l'intestin ne vient pas facilement ; cependant ces manœuvres libèrent l'orifice, qu'on peut alors débrider facilement en haut.

A ce moment on se rend compte que la tumeur est implantée latéralement sur le bord libre de l'intestin, qui paraît par ailleurs du calibre normal, son aspect violacé tranche sur la couleur normale du grêle. Elle siège à 2 centimètres de l'abouchement iléo-cæcal. A l'examen cette tumeur qui est très dure à la palpation semble être constituée par un diverticule du grêle, absolument rempli par une masse dure que l'on croit être, à tort, un calcul biliaire incarcéré. On remarque en outre, à la base d'implantation du diverticule, dans la zone soumise à la striction, quelques plaques d'apparence sphacélique.

Pensant qu'il serait risqué de réséquer simplement le diverticule dont la base était fortement altérée et en voie de perforation, craignant de faire une résection segmentaire du grêle en ce point proche de sa terminaison, où sa vascularisation et sa vitalité sont médiocres, nous avons préféré faire une résection du diverticule, en coin, ce qui nous

amenait sur des tissus sains. Par cette technique nous évitons les risques d'une suture terminoterminal en terrain suspect et nous pouvions conserver la bande mésentérique du grêle. Ensuite après iodage des tranches de section nous avons pratiqué, perpendiculairement à l'axe intestinal, la fermeture de la brèche par 3 plans de sutures, l'un total, les autres séro-séreux. Auparavant gênés par la proximité de l'appendice, nous l'avons réséqué.

Ensuite cure radicale de la hernie et réfection de la paroi : un petit drain.

Suites normales, malgré une petite suppuration cicatrisation **complète** le **vingt-cinquième** jour.

Examen microscopique : le diverticule paraissait posséder trois tuniques, sa base rétrécie, était bien en voie de perforation. Le contenu consistait en débris de 1 à 3 millimètres, comprimés en une seule masse pleine d'aspérités. Par la suite nous devons apprendre que ces débris provenaient de l'habitude que possédait le malade depuis son plus jeune âge, de manger des résidus provenant du broiement des olives entières.

Examen histologique : diverticule formé de trois tuniques : une muqueuse, une celluleuse et une musculieuse de deux couches musculaires (circulaire et longitudinale). La muqueuse est formée d'une couche de glandes de Lieber Kühn peu profondes, on ne voit pas de traces de villosités. Une muscularis mucosae très mince limite la muqueuse en profondeur. Les glandes de Lieber-Kuhn sont bordées de celles à plateau strié avec de très rares cellules calciformes à mucus : pas de muqueuse à type gastrique. La celluleuse est très fortement infiltrée par de très nombreux polynucléaires éosinophiles.

OBSERVATION DE DEJOUANY

Il s'agissait d'un cavalier du 4^e chasseurs d'Afrique, âgé de 23 ans, entré à l'Hôpital pour être opéré d'une hernie inguinale droite grosse comme un œuf de pigeon réductible.

Anesthésie locale.

Le sac contient un corps dur qui donne l'impression d'un gros appendice hernié. Ouverture prudente : après examen on constate qu'il s'agit d'un diverticule de Meckel sain, dont l'extrémité est légèrement adhérente par sa séreuse au fond du sac ; il a une largeur de 12 centimètres environ et la largeur du pouce à son extrémité sacculaire, mais il s'élargit notablement vers sa base où il acquiert le volume d'une anse grêle. Son implantation sur l'intestin grêle se fait par une insertion élargie en entonnoir avec une bordure nettement épaissie. En égard à certaines conditions de milieu l'on crut sage malgré l'indication qui se posait, de ne pas pratiquer la résection ; l'on se contenta de libérer la faible adhérence du diverticule au sac, puis de le réduire simplement dans l'abdomen.

Les suites opératoires sont excellentes durant quatre jours ; les six jours suivants apparaissent quelques vomissements bilieux et un hoquet tenace : pas d'arrêt des matières et des gaz. Le dixième jour l'état général se modifie : des contractions péristaltiques apparaissent sur un segment de l'intestin. L'on fait le diagnostic d'un début d'obstruction intestinale.

A l'intervention, laparotomie sous-ombilicale : l'on ramène hors du ventre le corps du délit qui consiste en une invagination complète du diverticule réduit, retourné en doigt de gant. Il se présente sous l'aspect d'un boudin encastré dans l'intestin grêle, qu'il coude et obture complètement. Des tentatives prudentes de désinvagination

n'aboutissent pas. Après entérectomie, la continuité est rétablie par une anastomose latéro-latérale au fil de lin.

Suites opératoires des plus simples et guérison complète.

OBSERVATION (D^r GAUCHET)

C... P., 33 ans, d'Héricourt-en-Caux, entré à l'Hôpital Général du Havre le 12 novembre 1935, à 8 heures, avec le diagnostic de hernie inguinale droite étranglée.

Porteur depuis plusieurs années d'une hernie inguinale droite, le malade a été pris dans le courant de la soirée, la veille, de violentes douleurs au niveau de sa hernie. Les vomissements sont apparus quelques instants après. Un médecin appelé d'urgence, a décidé d'envoyer le malade à l'hôpital pour une intervention.

Vu à l'hôpital une demi-heure après son entrée, M. C. P., présente au niveau de la région inguinale droite une tuméfaction de la grosseur d'un œuf de poule. Cette tuméfaction est extrêmement douloureuse, très tendue et irréductible. Contracture des muscles abdominaux. Les vomissements ont continué depuis le début de la crise. Le pouls est à 110, la température à 38°8, le facies péritonéal. Étant donné qu'on ne trouve par ailleurs aucun motif à la température, on porte le diagnostic d'appendicite aiguë dans un sac de hernie, et on décide l'intervention immédiate.

Intervention. — Anesthésie à l'éther. A l'ouverture du sac, il s'écoule du liquide louche et fétide, et on trouve un diverticule de Meckel déjà adhérent au sac et très enflammé. On le libère prudemment jusqu'à l'orifice interne du sac, et alors, on peut attirer l'anse grêle sur laquelle le diverticule est implanté sans qu'il soit nécessaire de débrider le collet du sac. Sa longueur est de 8 centimètres environ et sa base d'implantation sur le grêle de 2 centimètres. Étant donné que l'inflammation est étendue à l'intestin grêle, on

décide de faire une résection du grêle dépassant de 3 centimètres de chaque côté l'implantation du diverticule. Fermeture des deux bouts et anastomose latéro-latérale. Résection du sac, et réfection de la paroi suivant le procédé de BASSINI, cordon arrière, avec drainage.

Les suites opératoires sont normales et la température revient à la normale en quelques jours. La guérison est retardée par une légère suppuration de la paroi, et le malade peut sortir de l'hôpital un mois après l'opération complètement cicatrisé.

L'examen histologique du diverticule n'a pas été fait.

Il nous a semblé intéressant de joindre une observation de hernie funiculaire du Diverticule de Meckel, établie par HUMBERT en 1924.

OBSERVATION DE HUMBERT

On apporte à l'hôpital un nouveau-né de quelques heures, dont la presque totalité de l'intestin éviscéré, est contenu dans un pansement en bandage de corps. Le cordon lié à 10 centimètres, pend au milieu des anses.

A l'intervention réintégration difficile des anses dans l'abdomen, après nettoyage au sérum chaud : le grêle presque tout entier était au dehors ainsi que le cœcum et une partie du colon ascendant. L'ombilic, saillant formait un appendice du diamètre du petit doigt et long de 2 centimètres recouvert de téguments normaux. L'insertion du cordon se faisait nettement et solidement à son extrémité, mais au delà, presque immédiatement, la gaine amniotique, présentait une brusque dilatation sacciforme et portait à ce niveau une déchirure latérale : c'est par là qu'avait fait issue le contenu abdominal. Au cours de la

réduction des anses intestinales, on arrive sur le diverticule de Meckel, qui est assez régulièrement sphérique et du volume d'une grosse noix : il est facile à identifier par sa situation sur le bord libre de l'intestin à 40 centimètres de l'angle iléo-cæcal. Au cours de la réduction laborieuse du diverticule dans l'abdomen, on s'aperçoit qu'il est relié au cordon par un cordonnet rougeâtre, gros comme une forte soie.

Décès.

En conclusion : le diverticule n'ayant pas subi l'involution habituelle et n'étant pas rentré dans l'abdomen au 3^e mois de la vie intra-utérine il s'est trouvé exclu par suite de la rétraction de l'ombilic, d'où la production de cette hernie funiculaire, rompue lors de l'accouchement.

CHAPITRE VI

GÉNÉRALITÉS SUR LA HERNIE DE LITTRE

D'après ce que nous avons vu, cette affection est rare dans la pathologie du Diverticule de Meckel ; les statistiques le confirment ; 52 cas sur 600 accidents d'origine diverticulaire (FORGUE et RICHE), 2 cas sur 22 observations (MILLER et WALLACE), 3 cas sur 33 (UTTER) ; ce qui fait à peine 10 % accidents herniaires parmi les complications du Diverticule de Meckel.

L'affection s'observe à tout âge, plutôt au-dessous de la cinquantaine et plus fréquemment chez l'homme que chez la femme.

La Hernie de LITTRE a pour siège le plus souvent la région inguinale, la région crurale, l'on a signalé également des hernies obturatrices et ombilicales.

La Hernie du Diverticule de Meckel peut se présenter sous différents aspects : hernie simple du diverticule, hernie étranglée avec ou sans diverticulites, hernies complexes.

Hernie simple ou Diverticule de Meckel

Cette variété est exceptionnelle et peut passer inaperçue à l'examen clinique, quand le diverticule est libre dans le sac ; mais la plupart du temps des adhérences se forment provoquant une irréductibilité de la hernie, c'est, d'après les auteurs, le cas où l'on pourrait faire le plus facilement le diagnostic de Hernie de Littre : en effet, après tentatives de réduction, l'on sent rouler sous les doigts une petite masse cylindrique et dure, doublant les éléments du cordon et caractérisant ainsi la présence du diverticule (signe de KIRMISSON).

Telle la Hernie de LITTRE, ne provoquera aucun trouble et sera très bien tolérée ; mais elle pourra un jour ou l'autre s'étrangler.

CHAPITRE VII

HERNIE DE LITTRE ÉTRANGLÉE ET DIVERTICULITE HERNIAIRE

Ces deux appellations ont été presque constamment confondues. En effet les examens histologiques de diverticules étranglés ont révélé la plupart du temps la présence d'une infiltration leucocytaire à type polynucléaire, traduisant ainsi une infection parétale, c'est la diverticulite. La question se pose alors de savoir si l'étranglement est primitif et provoque la diverticulite, ou si la diverticulite étant primitive, elle peut entraîner un étranglement secondaire ou rester diverticulite simple dans un sac de hernie. Dans ce cas l'appellation de Hernie de LITTRE étranglée serait une erreur, il s'agirait alors d'une diverticulite adhérente dans un sac de hernie, sans qu'il y ait étranglement à proprement parler. Ces hypothèses différentes peuvent exister en réalité.

Certaines observations laissent croire qu'il y a primitivement étranglement, provoquant par la suite une réaction pariétale du diverticule et du sac herniaire. Nous pouvons citer à l'appui de cette idée les

observations de EKEHORN, TEDENAT, von LACKOVICH, JABOULAY, où le collet du diverticule de Meckel présentait une striction évidente, alors que lui-même était rouge et œdédié. C'est aussi l'opinion de PERRIGNON DE TROYES et du BOURGUET qui écrivent dans les quelques commentaires qui suivent leur observation : « Il y avait donc diverticulite traumatique ; nous ne pensons pas en l'absence totale d'antécédents que l'étranglement ait été causé par une diverticulite préexistante (opinion soutenue par BROCA), mais plutôt que l'étranglement comme les faits semblent le prouver, a joué le rôle principal dans le développement de la diverticulite. » Nous verrons d'ailleurs plus loin que PICOT qui était rapporteur de cette observation à l'*Académie de Chirurgie* n'était pas de cet avis. Il semble en tout cas que lorsque l'étranglement est primitif, la réaction du Diverticule de Meckel doit être semblable à celle d'une anse intestinale étranglée, pouvant aller de la couleur rouge violet du début de l'étranglement jusqu'à la coloration brunâtre et noirâtre avec plaques de sphacèle à une période plus avancée ; ces lésions ne constituent pas à notre avis, une diverticulite vraie, qui est avant tout une lésion inflammatoire.

La diverticulite primitive dans le sac herniaire, suivie ou non d'étranglement, est à notre avis plus fréquente. En 1905, à la *Société de Chirurgie*, BERGER faisait observer que l'inflammation était plus certaine que l'étranglement qui est toujours incomplet.

BROCA partageait la même opinion. Nous la retrouvons d'ailleurs dans l'interprétation que PICOT faisait à l'*Académie de Chirurgie* en 1937, de l'observation de PERRIGNON DE TROYES et du BOURGUET. Ces derniers, comme nous l'avons vu au paragraphe précédent, pensaient que l'étranglement avait entraîné la diverticulite. Voici ce que PICOT disait à ce sujet : « Bien que le fait de savoir si la diverticulite a favorisé l'étranglement comme le veut BROCA, ou si, au contraire, c'est ce dernier qui a favorisé le développement de la première, soit, en somme, bien secondaire, on est tout de même en droit de se demander si dans l'observation de MM. PERRIGNON DE TROYES et du BOURGUET, l'étranglement a joué un grand rôle. Les auteurs notent, lorsqu'ils découvrent dans le fond du sac, une tuméfaction rouge vineux, qu'ils peuvent la mobiliser, l'attirer dans le sac et qu'ils attirent même en dedans l'anse grêle sur laquelle la tumeur est implantée, et ce n'est qu'ensuite, parce que du côté externe l'intestin « ne vient pas » qu'il débride le collet. Or, ce qui « ne venait pas » c'est le caecum. Un intestin étranglé ne peut être si facilement mobilisé. » Cela correspond bien à ce qui a été observé au cours de l'opération du malade dont nous rapportons l'intéressante observation (Dr GAUCHET). Il y avait d'abord une température assez élevée, indice d'une infection certaine et développée rapidement. Le Diverticule de Meckel était enflammé exactement de la même manière qu'un appendice qu'on enlève au

cours d'une crise aiguë, adhérent au sac, et, lorsque les adhérences furent libérées sans qu'il soit nécessaire de débrider le col du sac, l'anse grêle correspondante put être attirée aisément à l'extérieur. Il y avait d'ailleurs défense assez marquée des muscles abdominaux, semblant indiquer que la grande cavité péritonéale participait à la péritonite herniaire. Il est donc certain que, dans ce cas particulier, comme dans celui de PERRIGNON DE TROYES et du BOURGUET il s'agissait d'une diverticulite herniaire simple sans étranglement. Nous ne voulons cependant pas dire que l'étranglement toutefois herniaire ne peut être provoqué par la diverticulite ; il nous semble que dans les observations que nous avons pu retrouver, cet étranglement secondaire n'est pas très évident.

CHAPITRE VIII

SIGNES ET DIAGNOSTIC DE LA HERNIE DE LITRE ÉTRANGLÉE

Cliniquement LITTRE avait bien observé les signes de la hernie du Diverticule de Meckel étranglée : ce sont ceux du pincement latéral de l'intestin ; absence presque complète des symptômes de l'étranglement intestinal, prédominances des signes locaux, telles sont les caractéristiques cliniques.

Nous trouvons une température voisine de la normale, pouls à 70, pas de vomissements, pas d'arrêt des matières et des gaz ; l'état général est satisfaisant ; la hernie de son côté est petite, son développement est progressif et lent, la douleur est maxima vers le collet. Les signes insignifiants persistent longtemps (cinq jours et plus) : ils ne se modifient qu'à la période des complications.

Celles-ci sont graves ; cependant en raison du faible retentissement sur l'état général, l'aggravation est moins rapide que dans l'étranglement herniaire. La Hernie de Litre étranglée évolue vers la perforation qui se produit au point de striction, réa-

lisant ainsi soit le phlegmon, soit la péritonite herniaire, celle-ci pouvant se généraliser. La péritonite dans les cas favorables peut se terminer par une fistule stercorale.

Le diagnostic de l'étranglement du Diverticule de Meckel est très rare avant l'intervention ; il n'a aucun signe propre qui puisse faire éliminer le pincement latéral de l'intestin ou de l'épiploon ; seule peut-être l'évolution des signes abdominaux pourrait guider le diagnostic.

A l'intervention, il faudra éliminer les diverticules de pulsion qui sont nombreux et dispersés sur le bord mésentérique de l'intestin, les diverticules de traction, résultants d'un pincement latéral du grêle, rempli de corps étrangers, un appendice hernié.

En cas de hernie complexe du Diverticule de Meckel, lorsque le sac herniaire contient outre le diverticule, des anses intestinales, le tableau clinique, en cas d'étranglement, sera celui de l'étranglement intestinal classique. La présence du diverticule n'y apportera aucune modification et il se trouvera relégué au deuxième plan.

Signes de la diverticulite dans un sac de hernie

Ils se confondent avec les signes des appendicites aiguës et des épiploites dans un sac de hernie, et le diagnostic différentiel entre ces trois affections est pratiquement impossible. En effet on trouve dans

ces trois affections une douleur brusque comparable au coup de poignard abdominal. Le siège de la douleur est tantôt le collet de la hernie, tantôt elle est étendue à toute la tumeur. Elle peut être irradiée vers l'abdomen ou le membre inférieur.

La tumeur a des caractères plus nets ; comparativement son volume est beaucoup plus considérable qu'avant l'éclosion des accidents, et la rapidité de son accroissement est presque constante.

CHAPITRE IX

TRAITEMENT CHIRURGICAL DE LA HERNIE DE LITTRE

Il sera différent selon que l'on a Hernie simple ou Hernie étranglée.

Quand au cours d'une cure de Hernie, l'on tombe en présence d'un Diverticule de Meckel, il faut le réséquer sans hésitation, car c'est un danger permanent pour l'organisme (LEJARS) ; les observations de DEJOUANY et de KIRMISSON prouvent bien ce fait. Le Diverticule de Meckel est un organe pathologique dont la réduction dans l'abdomen peut entraîner un jour ou l'autre des accidents graves.

La forme du diverticule fera varier les procédés de résection : nous avons signalé en effet des diverticules filiformes ou sacciformes à collet étroit et des diverticules à implantation large sur l'intestin. Dans le premier cas, le diverticule est ligaturé et sectionné au ras de l'intestin et, l'on termine par un enfouissement par deux surjets séro-séreux transversaux ; dans le deuxième cas l'opération s'accompagnera d'une petite résection losangique de l'intestin.

Dans le cas de Hernie de Littre étranglée, l'intervention sera très variable suivant l'existence et l'étendue des lésions de sphacèle sur l'intestin ; après avoir tamponné l'intestin avec du sérum artificiel chaud, l'on apprécie l'étendue des lésions et le procédé opératoire sera choisi, qui offrira le moins de risques pour le transit intestinal et pour les suites opératoires. PERRIGNON DE TROYES et du BOURGUET ont fait une résection en coin et une réunion perpendiculaire à l'axe de l'intestin : ce choix a été provoqué par la mauvaise vascularisation de la région sur laquelle ils opéraient, mais ils coururent le risque d'un rétrécissement de la lumière de l'intestin. MORICE a suturé en long et ne dit pas s'il y a eu rétrécissement, mais POLLIDORI a dû dans un cas semblable, l'intestin étant sténosé, faire une entéro-anastomose complémentaire.

D'après les résultats des observations que nous avons étudiées, il nous a paru, que, devant un sphacèle s'étendant sur l'intestin, il fallait faire sans hésitation une résection de la zone suspecte, suivie d'entéro-anastomose latéro-latérale.

Dans certains cas où la nécrose était étendue l'on a pu procéder par extériorisation de l'anse intestinale (MEYER, MAY) ou par fixation du diverticule à la peau, en provoquant ainsi une fistule stercorale que l'on traite en second temps.

CONCLUSIONS

I. — Les complications que peut entraîner l'existence d'un Diverticule de Meckel constituent un chapitre intéressant de la pathologie abdominale, chapitre qui s'enrichit peu à peu d'observations nouvelles.

II. — Parmi ces complications celles dues à la présence d'un Diverticule de Meckel dans un sac de hernie, semblent être les plus rares. On peut se trouver en présence d'un étranglement du diverticule avec réaction inflammatoire secondaire, ou d'une diverticulite pure dans la hernie.

III. — Le diagnostic des complications herniaires dues au Diverticule de Meckel sera presque toujours celui de l'indication opératoire, la présence du diverticule enflammé ou étranglé ne pouvant être décelée qu'en cours d'intervention.

IV. — Cette intervention sera toujours urgente et consistera en l'ablation du diverticule par une

technique appropriée à chaque cas, la réduction dans l'abdomen devant être considérée comme une faute opératoire. Au cas seulement où l'opération serait tardive et les lésions trop avancées, la question d'une fistulisation à la peau pourrait se poser.

VU : *Le doyen,* VU : *Le président de la thèse,*
TIFFENEAU. PIERRE DUVAL.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Le Recteur de l'Académie de Paris,
ROUSSY.

BIBLIOGRAPHIE

- AUVRAY. — *Société de Chirurgie, Paris*, 1905.
- BETINELLI (O.). — Raro reperto erniario (diverticule de Meckel. (*Policlínico* (sez prat), 42 : 1396-1400 ; 15, July 1935).
- BLANC. — Pathologie du Diverticule de Meckel (*Thèse*, 1899).
- BLAND SUTTON. — Médecine moderne, 1896.
- BRIN. — *Société de Chirurgie, Paris*, 1905.
- BRUNETTI (F. Jr.). — Ernia strozzata del diverticolo di Meckel. (*Gior Veneto di sc. med.*, 10 : 192-196, March., 1936).
- COUNIOT et MORICE. — *Société de Chirurgie*, 1931.
- DEJOUANY. — *Normandie médical*, février 1929.
- DIMITRIU. — Hernie étranglée du diverticule de Mecke (*Spitalul*, juillet-août 1937).
- FANTL. — Ileus par hernie de Littré, causée par un reste de l'ouraque non oblitéré (*Zentral. f. chirur.*, Leipzig, n° 3, 16-1-37).
- FOLLIASSON (A.). — Hernie du diverticule de Meckel (*Bull. soc. Pédiat.*, Paris, 30 : 487-488, oct. 1932).
- FORGUE et RICHE. — Le diverticule de Meckel, 1907.
- GRANDJEAN. — *Thèse*, 1902.
- HEELEY (J. L.). — Meckel's diverticulum in sac of ventral inational case (*Wisconsin M. J.*, 36 : 733, sept. 1937).
- HUMBERT. — *Bull. et Mémoires Soc. anat.*, 1924.
- LIND (C. S.). — Littre's hernia Meckel's diverticulum in hernia sac with report of case (*Ohio state, M. J.*, 29 : 549-551, sept. 1933).
- LITTLER. — *Britisch Médica journal*, 1929.
- MAC GLANNAN. — *Surgery, Gyn.*, 1922.

- MASON (G.). — Note on association of Meckel's diverticulum with hernia (*Newcastle M. J.*, 13 : 73-80, apri 1933).
- MEYER (MAY J.). — Diverticule de Meckel avec ulcère peptique pris dans un sac de hernie inguinale étranglée anus spontané, réparation, péritonite généralisée par perforation un an après. (*Bull. Soc. Med. chir., de l'Indochine*, 13 : 1102-1109, oct. 1935).
- MINNE et DEBURGE. — Hernie inguinale du diverticule de Meckel (*Sté de Med., du Nord*, n° 20, 20 mai 1934).
- PABST. — *Beitrag Z. Klin. Chir.*, 1910.
- PERRIGNON DE TROYES, et DU BOURGUET. — Etranglement d'un diverticule de Meckel bourré de corps étrangers dans un sac de hernie inguinale congénitale. Résection en coin du diverticule de la hernie. Guérison (*Mém., Acad. Chir.*, 63 : 681-86. 19 mai 1937).
- POLLIDORI. — *Société de Chirurgie*, 1930.
- SALMON (M.) et DOR (J.). — Les hernies étranglées du diverticule de Meckel (*Arch. de med., Gnré., et colon.*, n° 3, 1933).
- SAPIENZA (C.). — Di un caso di ernia del diverticolo di Meckel congenita a sede inguinale (ernia di Littre) Studio clinico ed anatomico (*Riv., San Siciliana*, 21 : 1248-1255, 15, Aug. 1933).
- TÉDENAT — *Montpellier Médical*, 1885.
- MILLER (R. H.) et WALLACE (R. H.) (*Boston*). — Le diverticule de Meckel dans les états abdominaux aigus (*Annals of Surgery*, vol. XCVIII, n° 4, octobre 1933, p. 713-721).
- UTTER (O.). (*Viborg*). — Sur le tableau clinique déterminé par le diverticule de Meckel ; étude clinique sur 33 cas (*Finska Läkarsällskapet Handlingar*, t. LXXVI, avril 1934, p. 349-392).
- VAN KARAJAN. — *Wien. Klin. Wochenschr.*, 1901.
- GEISTHOVEL (W.). — Le diverticule de Meckel (*Medizinische klinik*, vol. XXXIV, n° 2, 14 février 1938, p. 55-57) ; in *J. de Chir.*, t. LII, n° 4, juillet 1938).
- WEILL. *Société de Chirurgie*, Marseille, 1914.

Saint-Amand (Cher). — Imprimerie R. BUSSIÈRE. — 2-11-1938.
